

# Sjuksköterskors attityder till psykisk ohälsa och dess effekter på omvårdnaden

<b>FÖRFATTARE</b>	Cristel Axelsson Carina Ivarsson
<b>PROGRAM</b>	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp Omvårdnad – eget arbete  VT 2008
<b>OMFATTNING</b>	15 högskolepoäng
<b>HANDLEDARE</b>	Lars Engen
<b>EXAMINATOR</b>	Ingbritt Öhrn

Tusen tack till vår fantastiska handledare Lars Engen för all hjälp och allt stöd. Din föredömliga attityd mot människor inspirerar.

Maj 2008 Carina Ivarsson och Cristel Axelsson.

Titel (svensk)	Sjuksköterskors attityder till psykisk ohälsa och dess effekter på omvårdnaden
Titel (engelsk)	Nurses' attitudes to mental health and its effects on nursing care
Arbetets art	Eget arbete, fördjupningsnivå 1
Program	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng Omvårdnad – Eget arbete/OM2240/SPN9
Arbetets omfattning	15 högskolepoäng
Sidantal	19 sidor
Handledare	Lars Engen
Examinator	Ingbritt Öhrn

---

## SAMMANFATTNING

Inledning/bakgrund: Psykisk sjukdom har fascinerat och skrämt människor i alla tider, de som lidit av psykisk ohälsa har blivit diskriminerade och utstötta ur samhället. Det har varit svårt att definiera psykisk ohälsa då begreppet betraktats ur flera perspektiv.

Syfte: Syftet med denna studie var att undersöka hur sjuksköterskors attityder till psykiskt sjuka människor påverkade omvårdnaden.

Metod: En litteraturstudie. 10 artiklar valdes ut efter genomsökning av databasen Cinahl. Efter granskning utkristalliserades 6 teman som blev rubrikerna i resultatet.

Resultat: Människor lärde sig tidigt att kategorisera människor in i stereotyper, av vilka man förväntade sig ett speciellt beteende. Attityder till psykisk sjukdom uppkom inte endast genom personliga erfarenheter utan också genom sociala faktorer och värderingar skapade av samhället. De flesta attityder till psykisk sjukdom var negativa och sjuksköterskor uppvisade samma attityder som sin omvärld.

Forskningen visade att för att påverka attityderna till psykiskt sjuka i positiv riktning var det viktigare med direktkontakt och personliga möten än med teoretiska studier. Alla studier visade samstämmigt att de negativa attityderna hade negativ inverkan på omvårdnad och möjligheter till patientens tillfrisknande.

Diskussion: Vi fann att det var av stor vikt att sjuksköterskor var medvetna om sina attityder och fördomar för att kunna påverka dem. För att kunna ge en god omvårdnad krävdes att sjuksköterskorna strävade efter öppenhet och ett ömsesidigt förtroende i mötet med patienten. Om mötet präglades av negativa attityder hindrades tillfrisknande hos patienten.

Sökord: Omvårdnad, psykisk ohälsa, attityder.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING .....	1
BAKGRUND .....	1
<b>Historik</b> .....	<b>1</b>
<b>Psykisk ohälsa i siffror</b> .....	<b>2</b>
<b>Definition av psykisk ohälsa</b> .....	<b>2</b>
<b>Kriterier för psykisk ohälsa</b> .....	<b>3</b>
<b>Klassificering</b> .....	<b>3</b>
<b>Lagar och förordningar</b> .....	<b>3</b>
<b>Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor</b> .....	<b>3</b>
<b>Omvårdnadsteoretiskt perspektiv, Joyce Travelbee</b> .....	<b>4</b>
Människan som individ .....	4
Lidande .....	4
Mening .....	4
Mänskliga relationer .....	4
Kommunikation .....	5
SYFTE .....	5
METOD .....	5
Dataanalys .....	6
RESULTAT .....	7
<b>Stereotyper</b> .....	<b>7</b>
<b>Hur uppkommer attityderna?</b> .....	<b>8</b>
<b>Negativa attityder</b> .....	<b>8</b>
<b>Positiva attityder</b> .....	<b>9</b>
<b>Vilka faktorer påverkar attityderna?</b> .....	<b>9</b>
<b>Vad har attityder för effekt på omvårdnaden?</b> .....	<b>10</b>
<b>Vad kan göras för att förändra attityder hos sjukvårdspersonal?</b> .....	<b>11</b>
DISKUSSION .....	13
<b>Metoddiskussion</b> .....	<b>13</b>
<b>Resultatdiskussion</b> .....	<b>13</b>
Sammanfattning av kunskapsläget .....	13
Är syftet uppnått? .....	15
Likheter/olikheter i artiklarna. ....	15
Finns det klinisk relevans/ny kunskap? .....	16
Relevans för utbildningen. ....	16
Relevans för sjuksköterskeprofessionen. ....	16
Hur skall resultatet användas? .....	16
REFERENSER .....	18
BILAGA .....	1

## INLEDNING

Vi kan dagligen följa tidningsrubriker angående psykisk ohälsa och hur den ökat i samhället. Psykisk ohälsa är trots detta, fortfarande ett mycket tabubelagt område. Det är något som drabbar andra, men inte mig eller mina närstående. Det är i så fall inget man, i de flesta fall, vågar tala öppet om. Inom sjukvården har vi mött människor som försökt dölja att de lider av psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa verkar vara mer förknippat med skam än somatisk sjukdom. Många som drabbas av psykisk sjukdom tvekar över att berätta det för sin omgivning, troligen av rädsla inför reaktionerna. Vi undrar om våra attityder till psykisk ohälsa helt enkelt inte har följt med utvecklingen mot en större öppenhet och vi funderar på vad vi som sjuksköterskor aktivt kan göra, för att förändra dessa attityder. Vi har under vår kliniska praktik mött sjuksköterskor som utan att blinka refererar till psykiskt sjuka som knäppskallar, precis som om en psykiatrisk diagnos ses som mindre riktig än en somatisk. Vilket förhållningssätt bör sjuksköterskan ha för att föra fram att det är lika självklart att söka för psykisk som somatisk ohälsa?

*”Vad många människor inte inser är dock att psykiska sjukdomar är medicinska sjukdomar precis som diabetes, högt blodtryck och hjärt- kärlsjukdomar. Och precis som för fysiska sjukdomar finns det effektiv behandling för de flesta psykiska störningar” (1, sid. 162)*

## BAKGRUND

### Historik

Psykisk sjukdom har fascinerat och skrämt människor i alla tider. Man har försökt förklara uppkomsten av dessa sjukdomar med olika förklaringsmodeller, så som straff från Gud eller besatthet av demoner. Platon trodde att galenskap uppkom när själslivets harmoni stördes av mänskliga passioner och Hippokrates förklarade att balansen mellan de fyra kroppsvätskorna blod, slem, svart och vit galla absolut inte fick rubbas. Alla dessa förklaringsmodeller finns i varierande grad kvar än idag (2). Attityden till psykisk sjukdom har i stort sett inte ändrats genom århundradena. För bara 100 år sedan kunde ingen kräva vård, enbart vädja om hjälp så att de kunde återgå till att vara närande medlemmar i samhället, i kontrast till de tärande, sjukliga. Om individen var rehabiliteringsbar hamnade han eller hon på sjukhus, om inte stoppades de undan på ett hospital. Att människor gömdes undan handlade lika mycket om att få bort dem från samhället så de inte smittade ned de friska människorna, som att hjälpa de sjuka. Lika farligt som att låta de sjuka vandra fritt på gatorna var det att låta någon som inte var sjuk komma in på sjukhus för att få ett mål mat eller tak över huvudet. På 1700-talet kallades de drabbade för dårar, personalen var mer väktare än vårdare som skulle hjälpa patienten att skaka tillbaks det förryckta förståndet. Ofta tog den dåligt avlönade personalen tillfället i akt att tjäna lite extrapengar genom att låta betalande besökare begäpa och beskratta dårarna (2). I Paris var det 1788 stor succé att under föreställningsliknande former piska och åderlåta de sinnessjuka till medvetlöshet. Liberalismen myntade under 1800 talet begreppet drägg, gällande dem som var sjuka och kranka. Liberalismen talade om att samhället inte skulle ingripa, den individuella friheten var viktigare och mäktigare än allt annat. Självhjälp blev ett nyckelord. Ekonomiska aspekter

vägdes in i sjukdom, människor värderades efter sin förmåga att arbeta och endast den som var duglig och arbetsam hade fullt människovärde (3).

1826 öppnade det första stora centralhospitalet i Vadstena, stött av den nya övertygelsen att psykiatriska åkommor kunde botas. Patienterna satt i gigantiska byggnader, strängt åtskilda från omvärlden, uppdelade i mans- och kvinnoavdelningar. Man var ganska säker på att de psykiskt sjuka var ytterligt promiskuösa. Denna övertygelse byggdes på av att de veneriskt sjuka sattes på samma avdelningar (3).

1858 delades vården upp i hospital/kuranrättningar för dem som kunde kureras och asyl/vårdinrättningar för de som var dömda för brott. Denna uppdelning fanns kvar till 1930.

Under 1900-talets första hälft uppkom stress- sårbarhetsmodellen som förklarar psykisk ohälsa med sårbarhets-, utlösande och skyddsfaktorer(4), den hänger i stort sett oförändrad kvar än idag (3).

På 1930 och 1940 talet härjade rasbiologin i Sverige, endast de friska och starka skulle få fortplanta sig. 1934 antog riksdagen regeringens proposition om steriliseringslagstiftning (5). Den togs inte bort förrän 1976 (6).

1960-talet markerar en höjdpunkt för den segregerade psykiatriska vården med 35000 platser i sluten psykiatrisk vård, av dem fanns 26000 på mentalsjukhus (7).

Psykiatrireformen 1995 försökte integrera de psykiskt sjuka i samhället och normalisera deras tillvaro. Nu skulle kommunerna ansvara för boende, daglig sysselsättning, sociala kontakter, arbete samt sjukvård. Trots att reformen förbättrade livsvillkoren för många kvarstår dock stora brister (8). Neddragningen av vårdplatser har gått så långt att akut sjuka måste avvisas eller skrivas ut innan de är färdigbehandlade. Andelen av de hemlösa i behov av psykiatrisk vård har ökat från 17 till 34 procent under 1990- talet (7).

### **Psykisk ohälsa i siffror**

Enligt socialstyrelsens folkhälsorapport 2005 (9) har folkhälsan i många avseende förbättrats. Medellivslängden och rörelseförmågan i hög ålder har ökat. Trots det finns det tecken som visar på att den psykiska hälsan i befolkningen, sedan mitten av 1990-talet har försämrats. Uppskattningsvis lider idag mellan 20-40 procent av befolkningen av psykisk ohälsa. Endast 3-4 procent söker för sin sjukdom per år. Allvarligare psykiska sjukdomar, såsom psykoser ändrar inte sin andel av befolkningen över tid, samtidigt som annan psykisk ohälsa såsom oro och ångest av olika allvarlighetsgrad, har en omfattande ökning sedan början av 1990-talet (9).

### **Definition av psykisk ohälsa**

Det är svårt att heltäckande definiera psykisk ohälsa. Enligt folkhälsorapporten 2005 är det idag vanligt att man betraktar begreppet från flera perspektiv (9).

*Hälsodimensionen* beskriver den subjektiva upplevelsen av besvären. Här använder man "Stress/sårbarhetsteorin" (4).

*Sjukdomsdimensionen* beskriver biologiska faktorer för hur psykisk sjukdom eller störning uppkommer. Tillståndet skall behandlas så att personen blir frisk. Man intresserar sig för de patogena och ärftliga faktorerna, sjukdomen kan inte påverkas som i stress och sårbarhetsteorin. I praktiken blandar man dessa förklaringsmodeller (9).

## Kriterier för psykisk ohälsa

- Man kan påvisa förändringar i hjärnans struktur eller funktion, som svarar mot ett somatiskt underlag i medicinen.
- Svårighetsgrad av de psykiska symtomen. Har man hög symptomprofil ger det en hög sjukdomsvalör, detta speciellt för de psykotiska symtomen.
- En stark sjukdomskänsla. Många är endast sjuka i subjektiv mening, trots att de lider svårt.
- Det finns ofta en betydande nedsättning i funktion, vad gäller samliv och arbete. Detta skall vara oberoende av hjärnskador eller subjektivt lidande.
- Det skall finnas behov av vårdinsatser som sjukskrivning eller exempelvis sjukpension (7).

För att få en psykiatrisk diagnos krävs fler än ett av kriterierna.

## Klassificering

Den svenska psykiatrin har två system för att klassificera psykiska sjukdomar.

DSM IV har fem oberoende kategorier; syndrom, somatisk sjukdom, psykosociala stressorer, personlighet och funktionsnivå.

ICD-10 tar bland annat upp syndrom och personlighet, vilken är föreskriven i Sverige, även om båda systemen används (7).

## Lagar och förordningar

Sveriges regeringsform från 1976, grundlagen i vårt demokratiska statskick säger att ”Den offentliga makten skall utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet” (9).

*”§ 2 Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. Lag 1997:142” (10, sid. 121)*

§2a. ”Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård (10).

Detta innebär att den skall särskilt

1. vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen
2. vara lätt tillgänglig
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten (10).

## Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor

En god helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt skall genomsyra kompetensområdena

- Omvårdandens teori och praktik
- Forskning, utveckling och utbildning

- Ledarskap
- Detta innebär att utgå ifrån en humanistisk värdegrund
- Visa omsorg och respekt för patientens värdighet, integritet och autonomi
- Ta tillvara patientens och närståendes erfarenheter och kunskaper
- Respektera och visa öppenhet för olika värderingar och trosuppfattningar
- Utifrån patienters och närståendes önskemål föra deras talan
- Tillämpa gällande forskningsetiska konventioner
- Genom en teamsamverkan tillvarata arbetslagets och andras kunskaper och erfarenheter samt bidra till en helhetssyn gällande patienten (11).

### **Omvårdnadsteoretiskt perspektiv, Joyce Travelbee**

Joyce Travelbee arbetade som psykiatrisjuksköterska och inriktade sin omvårdnadsteori främst på den mellanmänskliga dimensionen. Enligt Travelbee kan omvårdnad sammanfattas enligt följande citat

*”Nursing is an interpersonal process whereby the professional nurse practitioner assists an individual, family or community to prevent or cope with the experience of illness and suffering and, if necessary, to find meaning in these experiences”*  
(12, sid 7).

#### **Människan som individ**

För Travelbee var det den unika människan som var det centrala i vården. Att generalisera var omöjligt då människan var unik och existerade endast en gång i denna värld, den enskilda individens upplevelser var bara hennes egna. Travelbee förkastade begreppen patient/sjuksköterska då dessa tog bort det unika i varje människa (12).

#### **Lidande**

Lidandet var en fundamental del i att vara människa, ett allmänmänskligt faktum. Alla människor kommer att uppleva lidande. Trots detta var lidandet högst personligt och gav insikt om fysisk, emotionell och andlig smärta. Det viktigaste för sjuksköterskan var att förhålla sig till varje enskild människas upplevelse av sitt lidande. Hon beskrev två olika reaktioner på lidandet ”Varför just jag?” och ”Varför inte jag?”, där den första reaktionen var vanligast (12).

#### **Mening**

Att finna en mening i livets upplevelser, var enligt Travelbee särskilt viktigt vid sjukdom och lidande. Enligt Travelbee var mening förenat med upplevelse av situationen. Människor behövde ofta hjälp att finna mening, vilket enligt Travelbee var det viktigaste syftet med omvårdnad (12).

#### **Mänskliga relationer**

Travelbees mellanmänskliga relation var ett mål som uppnås genom att gå igenom olika interaktionsfaser. Dessa måste följa på varandra, de senare faserna följer på de tidigare och bygger vidare på nästa.

- Det första mötet



- Framväxt av identiteterna
- Empati
- Sympati
- Ömsesidig förståelse och kontakt

Det var viktigt att sjuksköterskan var medveten om hur hennes stereotypa uppfattningar påverkade intrycket av den vårdbehövande människan, och naturligtvis vice versa. Utan denna medvetenhet var det omöjligt att låta identiteterna växa fram när sjuksköterskan och patienten möttes och skulle se varandra som unika individer. Travelbee menade att empati var förmågan att se och förstå den andra människans sinnesstämning. Ur denna förståelse växte en sympati fram. Här ville sjuksköterskan lindra lidandet och verkligen hjälpa patienten att finna mening. Denna fas kännetecknades av en medkänsla med den andres lidande. Sympati var en attityd och en känsla som kommunicerades och visade sig i omvårdnaden av patienten.

Den sista fasen innebar att sjuksköterska och patient delade samma upplevelse, denna blev då menings- och betydelsefull för dem båda (12).

### Kommunikation

Kommunikation var enligt Travelbee sjuksköterskans viktigaste redskap, och var en förutsättning för att uppnå målet för omvårdnaden, dvs. att bemästra sjukdom och lidande samt finna en mening. För att utnyttja kommunikationen effektivt krävdes att sjuksköterskan använde sig själv terapeutiskt, vilket innebar att sjuksköterskan medvetet använde sin personlighet och sin kunskap för att få en förändring till stånd som kunde lindra patientens plågor. För att kommunikationen skulle fungera krävdes vissa specifika förutsättningar och färdigheter som exempelvis kunskap, förmåga att använda denna och en känsla för timing (12).

### SYFTE

Vi ville undersöka hur sjuksköterskors attityder mot psykiskt sjuka patienter påverkade omvårdnaden.

### METOD

Artiklar i ämnet söktes i databaserna Cinahl och Pubmed. Även viss manuell sökning gjordes. För sökord och träffar, se tabell 1. Först söktes artiklar publicerade 2003 och framåt, men vi fann att underlaget då blev för tunt och uteslöt tidsintervallet helt. Först läste vi alla titlar, av de som verkade relevanta lästes abstract och om de antogs vara givande lästes hela artikeln. Sammanlagt fann vi 25 artiklar som lästes i sin helhet, av dessa valdes de 10 artiklar som utgjorde grunden för uppsatsen. De artiklar som valdes passade in på uppsatsens syfte. Fokus lades på artiklar som beskrev ämnet från ett omvårdnadsperspektiv. Av de utvalda artiklarna var 5 (18-22) kvalitativa och 5 (14-17,23) kvantitativa. 7 av de artiklar som valdes ut var etiskt granskade (14,16-21) och 3 var det ej (15,22,23). Då vi enbart sökte efter vetenskapligt granskade artiklar valde vi ändå att ta med de 3 som ej klart i texten visade på etisk granskning. Vi valde att inte skilja på termerna psykisk ohälsa, psykisk sjukdom och psykiska funktionshinder, då vi var intresserade av attityder till

människorna och inte diagnoserna. Vi valde att inte ta med genusperspektivet, då vi ansåg att detta var en allt för stor diskussion.

#### Dataanalys

De inkluderade artiklarna granskades för att finna meningsbärande enheter och teman, detta gjordes var för sig av författarna. Därefter jämfördes de teman som funnits och kategoriserades under de rubriker som presenteras i resultatet. Varje artikel har dessutom granskats enligt GU s checklista för kvalitativa respektive kvantitativa artiklar (13).

**Tabell 1.** Översikt över sökord, antal träffar och urval.

Databas	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar	Limits	Referens i text
Cinahl	nursing mental illness beliefs	16	1	Research artikle Peer reviewed	14
Cinahl	nurs* mental illness beleifs	22	4	Research artikle Peer reviewed	15, 21, 22, 23
Cinahl	attitude* mental illness nurs*	109	3	Research artikle Peer reviewed Publ. fr.o.m. 2003	16, 17, 18
Cinahl	prejucice* nurs* mental illness	11	1	Research artikle Peer reviewed Publ. fr.o.m. 2003	20
Cinahl	attitude* mental illness nurs*	119	1	Research artikle Peer reviewed Publ. t.o.m. 2003	19

Notera datumavgränsningarna på sökning 3 och 5.

## RESULTAT

Efter att ha granskat artiklarna utkristalliserades följande rubriker under vilka vi sorterade in resultatet,

- stereotyper
- hur uppkommer attityderna?
- negativa attityder
- positiva attityder
- vilka faktorer påverkar attityderna?
- vad har attityder för effekt på omvårdnaden?
- vad kan göras för att förändra attityder hos sjukvårdspersonal?

### Stereotyper

Människor lärde sig tidigt i livet att kategorisera människor och förvänta sig ett speciellt beteende från dessa grupper. Denna process ledde till stereotyper. Detta var en socialiseringsprocess och var svår att förändra, då det fanns kvar i minnet även efter att ny kunskap lärts in av individen. Stereotyper var här definierat som karaktärsdrag som beskriver, eller associerar till en viss grupp människor. Dessa stereotyper påverkade attityderna till psykiskt sjuka (14,15). Denna process påverkades av skämt, tecknade serier och media (14). Det ansågs att människor med psykisk sjukdom var farliga, aggressiva och utgjorde ett hot mot allmänheten, detta trots att ingen evidens stödde påståendena. Däremot fanns det överväldigande evidens på att patienterna var farligare för sig själva än för andra (16). Det visade sig att studenternas och de färdigutbildade sjuksköterskornas attityder överensstämde med allmänhetens (14,17). Även hos sjuksköterskor fanns uppfattningar om att psykiskt sjuka patienter var bland annat farliga, smutsiga, oförutsägbara och värdelösa (14).

Sjuksköterskorna delade in patienterna i fyra olika grupper:

- De goda - de patienter som var med på de olika aktiviteterna och inte protesterade mot sjuksköterskornas idéer. Dessa patienter spenderade sjuksköterskorna mest tid med, då de fick sjuksköterskorna att känna sig bekräftade.
- De handikappade - de patienter som var inåtvända eller helt i sin egen värld. Dessa patienter fick endast hjälp med sin ADL.
- De osynliga - de patienter som isolerade sig och tillbringade mycket tid för sig själva inne på rummet. Denna patientgrupp blev endast observerad av personalen, även om sjuksköterskorna uppgav att det var här de fick sin största arbetstillfredsställelse, när de lyckades entusiasmera patienten.
- De dåliga - de som personalen upplevde som aggressiva och hotfulla. Dessa patienter startade en emotionell respons hos sjuksköterskorna som gjorde att dessa hade svårt att bibehålla en professionell distans. Det ledde till att sjuksköterskorna undvek denna patientgrupp (16,18,19).

Man fann att sjuksköterskor och allmänhet ofta likställde patienten med sin diagnos (18, 20). Sjuksköterskor ansåg att patienter med psykiatriska diagnoser var svåra patienter (21). Sjuksköterskor graderade olika diagnoser som bättre eller sämre, vilket ledde till en depersonalisering av patienten och minskade möjligheten till individuellt anpassad vård (16).

När det gällde äldre patienter visade det sig att de hade en syn på psykisk ohälsa som ett tecken på svaghet och ofta försökte dölja psykiska besvär. Artikelförfattarna antog att detta var relaterat till stigmatiseringen av psykisk ohälsa. Äldre patienter var påverkade av gamla traditioner där tabun runt psykisk ohälsa levde kvar. Dessa attityder trodde författarna bl.a. härstammade från krigstider där mod och styrka premierades och psykisk ohälsa var ett tecken på svaghet (22).

### **Hur uppkommer attityderna?**

Attityder till psykisk sjukdom uppkom inte endast genom personliga erfarenheter utan även av sociala faktorer och värderingar skapade av samhället (21). Till exempel visade det sig att media hade en stor del i att implementera negativa attityder mot psykiskt sjuka, genom att enbart rapportera om dem som farliga (16,20,21). Det framkom att mycket av attityderna hos allmänheten baserades på ren okunskap, vilket ledde till en negativ inställning till dem med en psykiatrisk diagnos. En av förklaringarna till denna okunskap, trodde man bl.a. kunde bero på att många psykiatriska diagnoser fortfarande var relativt okända för allmänheten. Samhället tenderade även att isolera de psykiskt sjuka, något som ledde till att de sjuka i sin tur isolerade sig själva och var ovilliga att tala om sin sjukdom. Det var vanligt att allmänheten trodde att det var en påhittad sjukdom som användes för att slippa jobba och att det bara var att skärpa sig (16,20).

Forskningen visade att sjuksköterskor uppvisade samma attityder som sin omvärld (17). Det framkom att om sjukvårdspersonalen såg patienten som avvikande från normen istället för som en unik individ, ledde detta till en negativ inställning till patienten. Något som också i hög grad påverkade attityderna, var huruvida sjuksköterskorna kände sig bekräftade eller inte, detta gällde både som individer och i sin profession. De s.k. ”goda” patienterna möttes således av en positiv inställning medan sjuksköterskorna uttryckte en mer negativ attityd mot de s.k. ”dåliga” patienterna (18). Det framkom att studenter redan innan utbildningen hade bestämt i vilket område inom vården de ville jobba och att detta hade ett samband med vilka attityder man hade (17). En av studierna påvisade till och med att utbildning inte spelade så stor roll för vilka attityder som uppvisades som man hade trott (23).

### **Negativa attityder**

Psykiskt sjuka mötte ofta negativa attityder och diskriminering (14). I en studie framkom att patienter upplevde att läkare värderade de somatiska symtomen högre än de psykiska. Läkarna var t.ex. motvilliga att diagnostisera äldre patienters symtom på depression, då de var rädda att missa somatisk sjukdom. Sjukvårdspersonalen var rädda för att de förvärrade patientens tillstånd om de påtalade att det kunde vara en depression. Anhöriga ville inte se depression hos sina föräldrar, då de kände att de blev skuldbelagda. Då äldre patienter inte trodde att depression var ett medicinskt problem undvek de att tala om det med sjukvårdspersonalen. För att rättfärdiga psykiatriska symtom ville både sjukvårdspersonal och patienter att dessa skulle ha en klar orsak, t.ex. nära anhörigs död eller förlust av en fysisk funktion. Patienter ville inte ha en psykiatrisk diagnos, då de ansåg att detta skulle dra skam och vanära över hela familjen. En uppfattning

hos äldre var att de trodde att de kunde bli inlåsta på institution om de talade om psykiatriska symtom, de trodde inte heller att det gick att bota (22).

Sjuksköterskor såg ofta människor med en psykiatrisk diagnos som patienter som behövde medicin, istället för människor som behövde vård och omsorg (18).

I en undersökning av en utvald grupp sjukvårdspersonal och en kontrollgrupp av oberoende studenter, fick man gradera hur man borde respektive skulle agera mot någon med en psykiatrisk diagnos. Resultatet visade att det verkliga agerandet var mer negativt än vad deltagarna tyckte att det borde vara. Kontrollfrågor om deltagarnas känslor och tankar runt psykisk ohälsa visade att dessa var än mer negativa än deltagarna uttryckte (14).

I en studie visade det sig att alla tyckte att det var självklart att ge psykiskt sjuka en god omvårdnad, men hälften av de tillfrågade kunde inte tänka sig att arbeta inom psykiatri (21). Sjuksköterskor baserade sin ovilja att arbeta med psykiatri inte bara p.g.a. bristande kunskap, utan även på en personlig aversion mot patienter med psykiska sjukdomar (21,23). När studenter fick gradera var de helst ville jobba, fann man att kirurgi var mest populärt och att psykiatri och kommunal sjukvård var minst attraktivt. Det framkom även att attityderna mot psykisk sjukdom var mest negativa bland dem som hade valt barn- eller kommunal sjukvård och bland de som hade minst erfarenhet av vård över huvud taget (17).

### **Positiva attityder**

Det framkom att de studenter som hade de mest positiva attityderna, var de som redan innan utbildningen hade bestämt sig för att arbeta inom psykiatri (17).

De sjuksköterskor som uppgav positiva attityder till psykiskt sjuka relaterade detta till sina livserfarenheter och angav psykisk ohälsa som en integrerad del av en helhetsvård (21).

### **Vilka faktorer påverkar attityderna?**

En anledning till de negativa attityderna hos sjuksköterskor till patienters chanser till tillfrisknande, berodde på att sjuksköterskorna endast såg patienterna när de var som sjukast (15,16). Det visade sig att ökad kompetens ledde till mer positiva attityder (17) och låg, eller ingen kompetens alls ledde till mer negativa attityder (23). Brist på praktisk träning och stöd ledde till negativa attityder. Personalen kände sig ofta oförberedd på att möta de sjuka patienterna, då många saknade träning redan från utbildningen (21).

En allmän uppfattning var att attityderna hos sjuksköterskestudenter påverkades av att de stött på psykisk ohälsa tidigare, redan innan de börjat sin utbildning. Man fann att direktkontakt, alltså att verkligen möta psykiskt sjuka, hade större effekt på attityderna än teoretiska studier. Artikelförfattarna menade att det var viktigare med personlig kontakt än utbildning vid en skolkbänk (14,17). Ju mer livserfarenhet och praktik inom psykiatri studenterna hade, desto mer positiva var deras attityder till psykiskt sjuka (17). Det fanns dock studier som tydde på raka motsatsen, det vill säga, stereotipa svar på patienten hade inte ändrats nämnvärt (14). De sjuksköterskor som uppgav mycket positiva attityder var de som redan innan sin utbildning hade bestämt sig för att arbeta inom psykiatri (21).

Vårdpersonal uppgav att de kände sig hotade på grund av att de inte kunde kontrollera sina patienter, detta ledde till att personalen kände sig obekväma i situationen och att de utvecklade negativa attityder (21).

*"You do feel frightened. I mean any human would... and some of these people are violent too... You got to think of yourself, too." (21 sid 251)*

Att personalen satt i fikarummet och skämtade rått om patienter med psykiska sjukdomar ledde till ett bevästande av befintliga negativa attityder (21).

Utbildning och samarbete med psykiatri ledde till positiva attityder, och en minskad rädsla och oro för att ta hand om psykiskt sjuka patienter (16,21).

### **Vad har attityder för effekt på omvårdnaden?**

Negativa attityder ledde till att sjuksköterskor distanserade sig och minskade möjligheten till god omvårdnad (21). Då de som jobbade inom kommunal sjukvård eller barnsjukvård hade mest negativa attityder fanns det en risk att psykiskt sjuka inte sökte vård, eller att de inte fick rätt sorts vård. Det uppstod lätt missförstånd om vad patienten var i behov av, och de som vårdade kände sig osäkra på hur de skulle bemöta patienterna (17). Att det fanns risk för felaktig vård eller att vård uteblev, visade sig genom att sjuksköterskorna helst tog hand om de patienter som gav dem en känsla av att vara bekräftade i sin egen godhet. De patienter som sjuksköterskorna kallade "de goda patienterna" som tillät dem att hjälpa, trösta, stödja och vara jämlika var de mest populära patienterna och fick den mesta uppmärksamheten. De patienter som upplevdes som störriga och bråkiga fick liten, ingen eller negativ uppmärksamhet och riskerade att få sämre omvårdnad (18).

Sjuksköterskornas attityder mot patienterna kunde leda till att omvårdnaden blev eftersatt och patienterna upplevde sig diskriminerade och stigmatiserade. Hugo (15) fann att personal inom psykiatri generellt var mer negativ till huruvida en patient kunde tillfriskna än vad allmänheten var, detta på grund av personalens erfarenheter. Eftersom personalen inte förväntade sig bra resultat av vården, överfördes detta till patienterna och minskade deras chanser till återhämtning (15). Sjuksköterskor uppgav att de var så rädda att säga fel sak till patienterna att de hellre valde att inte prata med dem än att, som de trodde, riskera deras mentala hälsa (21).

Alla sjuksköterskor i en arbetsgrupp försökte agera enhetligt mot de olika stereotypa patientgrupperna, även om det stred mot den enskilda sjuksköterskans uppfattningar, vilket ledde till att den mellanmänskliga relationen blev lidande (18,16).

Äldre patienter sökte för olika somatiska problem vilket personalen såg som en naturlig del av åldrandet, detta ledde ofta till att man missade eller rent av ignorerade tecken på depression. Även de anhörigas attityder var ibland ett hinder för att få effektiv vård, som exempel kunde depression hos en förälder, av de anhöriga ses som att de inte hade tagit tillräckligt god hand om den drabbade. Då äldre patienter med depression hade högst suicidrisk av alla patientgrupper, var det viktigt att vårdpersonal identifierade symtomen i tid. Ett vedertaget synsätt var att depression tillhörde ålderdomen, och många äldre därför inte ville söka hjälp för detta. Läkarna i sin tur, var motvilliga att ta upp frågan då de menade att det inte var lämpligt att medicinera vad de såg som naturliga följder av ensamhet och hög ålder. Läkarna kände ofta att de var tvungna att förankra psykiatriska diagnoser i somatiska symtom för att motivera patienterna till att ta emot medicinering för exempelvis depression. I de fall sjuksköterskorna såg tecken på depression, var i synnerhet äldre patienter benägna att skyla över sina bekymmer med att säga att de bara var fåniga. Det visade sig att patienter var mer benägna att ta upp frågan om psykiska bekymmer med sjuksköterskorna (22).

Resultatet av sjuksköterskors attityder till patienterna blev bland annat att personalen tog över alla beslut, allt från val av medicinering till när patienterna fick lov att gå ut från avdelningen. Personalen lyssnade inte på patienten utan följde en i förväg uppgjord behandlingsplan. Planen var oftast baserad på medicinering, något som inte överensstämde med den helhetssyn sjuksköterskor fick lära sig att använda på utbildningen (19).

Markhams (16) fann att optimism från personalen överfördes till patienterna och ledde till återhämtning och en bättre vård (16). Detsamma gällde för compliance vid läkemedelsbehandling, om personalen som administrerade läkemedlet var positiv till dess effekter spelade ofta större roll än patientens egna förväntningar (23). Det som påverkade resultatet av omvårdanden mest var den mellanmännsliga relation som uppkom mellan patient och vårdgivare när mötet präglades av goda attityder och en vilja att lyssna (23).

### **Vad kan göras för att förändra attityder hos sjukvårdspersonal?**

Det var av stor vikt att personalen kände till sina egna fördomar och attityder för att kunna ändra dem. Förändringsprocessen var svår, eftersom stereotypa svar kom omedvetet och direkt och sjuksköterskorna var tvungna att stanna upp, reflektera och implementera sina nyinlärdas attityder (14,15). Sjuksköterskor beskrev att de inte fick någon positiv återkoppling från sina patienter, vilket ledde till en cementering av de negativa attityderna. Det var därför av stor vikt att ge personalen möjlighet till handledning, utbildning och reflektion (16,21). En lösning på kunskapsbristen som ledde till de negativa attityderna var att erbjuda personal inom hälso och sjukvård bättre utbildning inom psykiatri (21). Tidpunkten under sjuksköterskeutbildningen, innehållet och längden på praktiken var av stor vikt för vilka attityder som cementerades. Det var bra att lägga praktiken sent i utbildningen och att den var relativt lång, så att studenterna hann anpassa sig (14). Det var viktigt att studenter som kom till psykiatri blev väl handledda av kunnig personal och inte utsattes för situationer de inte kunde hantera, annars förstärkte man de redan negativa attityder studenterna hade. Man skulle lägga störst vikt vid att utbilda dem som inte sökte sig till psykiatri, för att verkligen fånga upp dem med mest negativ inställning till psykisk sjukdom (17).

Det var ofta inom kommunal sjukvård psykiskt sjuka sökte hjälp först (17). Ett tätare samarbete mellan psykiatri och kommunal sjukvård eftersöktes, då detta skulle leda till en större förståelse och bättre möjligheter för personalen inom kommunal sjukvård att möta psykiskt sjuka patienter. Det framkom att sjuksköterskor ofta var positiva till att vårda patienter i deras hemmiljö, då de ansåg att detta skulle leda till en mer positiv attityd hos både familjer och allmänhet (21).

Sjuksköterskor och vårdorganisationer borde upprätta vårdprogram för hur man aktivt skall verka för att minska stigmatisering. Det borde ingå i omvårdnaden att inte bara minska symtom på en psykiatrisk diagnos utan även att minska stigma relaterat till diagnosen. Det uttrycktes att ett sätt att minska negativa attityder skulle vara att likställa psykiatriska och somatiska diagnoser (20).

För att balansera upp de negativa attityderna hos sjuksköterskor skulle dessa behöva träffa patienter som hade tillfrisknat och kunde leva ett "normalt" liv (15), något som försvårades av att när patienterna hade tillfrisknat var de ofta motvilliga att tala om

sina sjukdomsperioder (19). Sjuksköterskor hade en stor roll i att informera allmänheten, familj, anhöriga, lärare och arbetsgivare. Även skolan hade ett stort ansvar i att förhindra negativa attityder gentemot psykiatriska diagnoser. Ett sätt var att skolan och sjukvården hade tätare kontakt, för att utbilda skolpersonal som aktivt kunde verka för en större öppenhet och förståelse för de olika psykiatriska diagnoserna (20). För att ändra sina attityder framkom hur viktigt det var att personalen insåg att det var en person på väg mot tillfrisknande de mötte och inte en sjukdomsdiagnos (18).



## DISKUSSION

Sammanfattningsvis kan vi se att Travelbees vision om den goda omvårdnaden (12) är mycket långt borta. Med de attityder vårt resultat visar, var det mycket svårt för patienten att finna mening och lindring i sitt lidande. Travelbee ansåg att sjuksköterskans viktigaste uppgift var att förhålla sig till varje enskild människas upplevelse av sitt lidande, ett förhållningssätt vi i resultatet funnit vara mycket ovanligt.

### Metoddiskussion

Uppsatsens ansats var att finna nordiska artiklar skrivna av sjuksköterskor, eller som beskrev ämnet ur ett omvårdnadsperspektiv. Bristen på artiklar med dessa kriterier tvingade oss att utöka sökningen till länder med en kultur liknande den nordiska. De inkluderade studierna var gjorda i Sverige, Storbritannien, Australien och Nya Zeeland. Vi fann det svårt att hitta rätt kombination av sökord för att finna attityder som beskrev en från- eller närvaro av fördomar mot psykisk sjukdom. För förteckning över sökord se tabell 1. Artiklar som inte passade vårt syfte exkluderades, likaså de som beskrev en vårdkultur allt för olik vår egen. En stor del av de artiklar som valdes bort beskrev attityder till olika behandlingsalternativ eller olika sätt att bemöta specifika diagnoser. Det till synes spretiga urvalet av artiklar/titlar visade dock på en samstämmighet vad gällde attityder till psykisk sjukdom. Vi var intresserade av att se om attityder såg olika ut i olika åldersgrupper och hur kunskap/utbildning påverkade attityderna. Att antalet artiklar inte blev större berodde på att vi fann en mättnad när vi läst dem med tanke på teman och rubriker. Det fanns väldigt lite skrivet om vad som kunde göras för att förändra attityder, något som också bidrog till mättnaden. Ett flertal av de artiklar vi använt kom upp i flera sökningar som gjordes, något vi såg som ett ytterligare tecken på att forskningsområdet var mättat. Vi inledde med att bara ta ut artiklar som fanns tillgängliga i fulltext och eftersom alla studier var samstämmiga i svaret på uppsatsens syfte, fann vi det därför överflödigt att söka fler artiklar. Utifrån resultatet vi fann, drog vi slutsatsen att det egentligen skulle vara mer relevant med en enkätstudie på svenska sjukhus idag, än en litteraturgranskning. Att artiklarna vi valde var relativt nya, den äldsta var från 1998 och de övriga från 2001 till 2006, anser vi ger stadga åt vårt resultat.

### Resultatdiskussion

Sammanfattning av kunskapsläget

Efter psykiatireformen möter vi fler patienter med en psykiatrisk diagnos på akutmottagningar och vårdcentraler än vi någonsin tidigare gjort och forskning visar att sjuksköterskor ofta känner sig oförberedda, underkvalificerade och har negativa attityder till att vårda psykiskt sjuka patienter (21).

Efter att ha studerat litteraturen fann vi det skrämmande att psykisk sjukdom fortfarande ses som någonting annorlunda och vitt skilt från somatisk sjukdom. Då all evidens pekar på hur mycket våra attityder påverkar sjuksköterskor, patienter och omvårdnad är det av yttersta vikt att en förändring av dessa föråldrade attityder måste ske. Som vi ser det är steget från att i 1800-talets Paris begäpa och beskratta de sjuka, till att i dagens fikarum skämta rått om patienterna inte så stort (3,20).

Inom sjukvården ges patienten inget utrymme att vara en individ, då personalen ser dem som en diagnos och inte som en unik människa (18,20). Detta strider mot Travelbees tankar om att den unika människan är det centrala i vården och socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (11,12). Det har tydligt visat sig i vår uppsats att stereotypa föreställningar existerar och att litteraturen är enig med Travelbee om vikten av att som sjuksköterska vara medveten om hur de egna stereotypa uppfattningarna påverkar omvårdnaden (12,19). Då många psykiskt sjuka uttryckte en önskan om att bli betraktade och behandlade som unika individer och inte som sin stereotypa diagnosgrupp, visade det sig att vi som sjuksköterskor inte är tillräckligt medvetna om hur vi interagerar med patienter (20).

Det var lärorikt att inse vad som påverkade attityderna och varför de så envist hängde kvar (17). Vi trodde att forskning skulle visa hur viktigt det var med teoretisk utbildning, men så var inte fallet. Det var viktigare med personliga möten i en trygg miljö och med adekvat handledning från erfaren personal. Det var också viktigt att studenterna inte utsattes för situationer man inte behärskade (17). Vi fann det intressant att sjuksköterskor inte använde sig av ny, evidensbaserad kunskap utan förlitade sig på sin egen erfarenhet, vilket leder till att den personliga utvecklingen inom professionen förhindras (19,21). Detta såg vi som ett tecken på hur rigida våra uppfattningar och stereotyper faktiskt är, med tanke på hur stor vikt som läggs på att implementera ny, evidensbaserad kunskap hos studenterna vid utbildningen till sjuksköterskor.

Alla sjuksköterskor i en arbetsgrupp försökte agera enhetligt mot de olika stereotyperna av patientgrupperna, även om det stred mot den enskilda sjuksköterskans uppfattningar, vilket ledde till att den mellanmänniskliga relationen blev lidande (18,16). Personalen frångick sina egna uppfattningar och anpassade sig till gruppen, oavsett om gruppens föreställningar var mer negativa än deras egna, vilket var ytterligare ett exempel på hur föreställningar cementerades och fördes vidare. Personalen var dålig på att identifiera symtom på psykisk ohälsa, då en patient kom in och talade om somatiska bekymmer (22). Detta ser vi som ett tecken på att psykisk ohälsa inte anses lika viktig som somatisk. Något som ytterligare gav stöd åt detta var, att när det var mycket att göra på en avdelning tenderade personalen att se till de somatiska symtomen först, endast om tid fanns tog man sig an de psykiatriska symtomen (21). Läkarna lade tyngden på patientens somatiska symtom och lindade in depression som en direkt orsak till dessa symtom och förmedlade också att det var därför de fick antidepressiva mediciner (22). Att till och med läkarna undviker att tala öppet om psykiatrisk sjukdom, gör det inte lättare för patienterna att ta upp t.ex. depression. Detta talar även starkt emot den egenskap som ansågs vara allra viktigast för en god omvårdnad, vilket var att kunna vara öppen med sina patienter och dela upplevelser med dem.

Det visade sig att sjuksköterskor är mer bekväma än läkare att tala med patienterna om psykiska symtom och problem (22). Detta är förhoppningsvis ett tecken på att sjuksköterskor försöker efterleva Travelbees vision om det mellanmänniskliga mötet och att vi i vår profession strävar efter att ge en god omvårdnad på lika villkor, i enlighet med kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor (11,12). Vi fann när vi studerade artiklarna att patienterna hellre pratade med sjuksköterskorna än med läkarna om sina psykiska bekymmer (22). Vi anser att detta förtroende absolut inte får svikas och att vi som sjuksköterskor måste våga vara öppna, våga

möta patienterna och verkligen vara medvetna om våra fördomar, så att vi kan lägga dem åt sidan. För patienterna är detta kanske första gången de vågar öppna sig och prata om de ”skamliga” känslorna, som får dem att känna sig annorlunda och konstiga. Då detta kan vara första gången patienten tar upp dessa bekymmer med vården är det här vi som sjuksköterskor har möjlighet att visa att vi tar de psykiska symtomen på lika stort allvar som de somatiska.

Vi fann det intressant att sjuksköterskor inom psykiatri inte hade mer positiva attityder till tillfrisknande och återhämtning än allmänheten. Detta beroende på att sjuksköterskor såg patienterna när de var som sjukast och endast då. Ett förslag på hur man kunde ändra på detta var att möjliggöra möten med patienter som tillfrisknat och återhämtat sig (14). Vi tycker att denna lösning skulle vara utmärkt, då litteraturen samstämmigt visat att ett effektivt sätt att ändra attityder är att träffa positiva rollmodeller. Ytterligare ett förslag på hur man skulle kunna förbättra attityder var att redan i skollåldern beskriva för eleverna hur det var att leva med en psykiatrisk sjukdom, vilket skulle öka möjligheten att minska negativa attityder. Detta skulle även leda till en större öppenhet och en minskning av tabu att tala om psykisk sjukdom (20). Ett exempel på vikten av att tala öppet om psykiska besvär visar den livliga debatten om ”utbrändhet/utmattningssyndrom”, som har lett till en begynnande öppenhet gentemot psykisk ohälsa (9). Maktförhållanden mellan vårdare och patient kan i vissa situationer vara uppenbara, men ofta förbises de och upplevs som oproblematiske, då de tas för givet. Exemplet med personalens indelning i de ”goda” och de ”dåliga” patienterna visar detta med all önskvärd tydlighet. Här ser vi att genom att stigmatisera andra som upplevs hotfulla mot det personliga välbefinnandet, kan man uppnå en känsla av kontroll över dessa grupper. Stigmatiseringen kan också vara ett sätt att höja den egna statusen gentemot andra. Personalen uppgav att de kände sig hotade i sin profession och att de kände sig obekräftade när de vårdade de ”dåliga” patienterna. Denna negativa attityd påverkar patientens möjlighet till återhämtning (18,24).

Är syftet uppnått?

Vi anser att vi uppnått syftet med vår uppsats. Vi hoppades i början av uppsatsen att vi var överdrivet negativa vad gällde attityder och fördomar mot psykiskt sjuka patienter. Det visade sig med en icke önskvärd tydlighet att vi hade fel. All evidens pekar på hur mycket attityder hos sjuksköterskor påverkar omvårdnaden och patienternas möjlighet till återhämtning. Ett exempel var att de negativa attityderna gjorde så att sjuksköterskorna inte visste hur de bäst skulle bemöta patienter med psykisk ohälsa, och därför hellre distanserade sig (21).

*”Not knowing what you are doing often makes you uncomfortable. You’ve got no way of really assessing what is going on and you tend to find that extremely, I mean it’s quite horrible” (21 sid 252).*

Likheter/olikheter i artiklarna.

Artiklarna vi studerade var överraskande samstämmiga, vad gällde attityder och dess effekter på omvårdanden.

Finns det klinisk relevans/ny kunskap?

Ny kunskap för oss som författare av uppsatsen var att de inom kommunal eller barnsjukvård var de som hade de mest negativa attityderna, det vill säga de som möter patienterna först (17). Det är mötet med patienterna, både sjuka och friska och i sällskap med en trygg handledare, som leder till mer positiva attityder.

Relevans för utbildningen.

För sjuksköterskeutbildningen har resultatet vi kommit fram till relevans, då det gäller att nå studenter med mest negativa attityder till psykiatrin, redan från början. Det gäller att fånga upp dem och göra dem uppmärksamma på sina fördomar och att hjälpa dem att finna positiva förebilder att förhålla sig till. Vi har funnit att det är av stor vikt att studenter får god handledning under sin kliniska psykiatriska praktik och att de inte utsätts för situationer de inte känner sig redo för (17). Det är, anser vi av stor vikt att studenterna får handledning från skolan under sin psykiatriska praktik, detta för att i samråd med sina studiekamrater och en utbildad handledare få diskutera sina känslor och upplevelser. Det är viktigt att både skolans och klinikens handledare är positiva och engagerade i mötet med studenten.

Relevans för sjuksköterskeprofessionen.

För sjuksköterskeprofessionen kan denna uppsats inte vara någonting annat än en varningssignal. Med de attityder resultatet visade på, bryter vi inte bara mot Travelbees visioner om god omvårdnad utan även mot ett flertal lagar. Hälso- och sjukvårdslagen (10), som säger att vård skall bedrivas på lika villkor för alla, och socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor (11), som säger att respekt och omsorg skall visas för patientens värdighet och integritet.

Hur skall resultatet användas?

Eftersom all evidens pekar på hur negativa attityderna är, är det ovärderligt att aktivt arbeta för att förändra dem. Vi anser att det är redan i grundskolan förändringsarbetet måste starta. Skolsköterskan har därför en stor roll som utbildare och informatör, av både elever och deras familjer. Detta för att minska de tabun som finns runt psykisk ohälsa och sjukdom. De sjuksköterskor som jobbar inom kommunal sjukvård och barnsjukvård är de som kommer att möta patienterna först och studenter som tänkt sig till dessa specialiteter visade sig vara de som uppvisade de mest negativa attityderna (17). Vi anser att det är här de största resurserna skall sättas in, för att försöka förändra de stereotypa uppfattningarna om psykisk ohälsa. Vi har en förhoppning om att detta kommer att leda till att patienten får ett gott bemötande och en god omvårdnad redan från början.

Resultatet av denna uppsats får också verka som en väckarklocka för hur illa det faktiskt är ställt. Vi kan jämföra behandlingen av psykiskt sjuka idag, med den av de blinda i början på 1900-talet. Blinda ansågs då vara mindre begåvade, de hade svårt att få jobb och var utstötta från samhället (20). Attityder till psykisk sjukdom kommer förhoppningsvis i likhet med attityderna till de blinda, att förändras så att en psykiatrisk diagnos inte längre är ett tillstånd man inte vågar tala högt om.

## Slutsats

Det krävs en öppenhet och ett ömsesidigt förtroende mellan patient och sjuksköterska för att skapa en helande miljö. Vår mask av professionalism är ofta ett hinder för en god omvårdnad. En patient beskrev att det tog flera år innan personalen satte sig bredvid honom vid middagsbordet och pratade om ”ditt och datt”, något patienten värderade högt eftersom det fick honom att känna sig betydelsefull som människa (19). Vi kan inte nog trycka på att självförståelse och medvetenhet om de egna fördomarna är av yttersta vikt för att kunna ändra dem. Det är i mötet med människan bakom diagnosen en förändring av attityder kan ske.

## REFERENSER

1. Neugeboren J. Galenskap och återhämtning, Vägar till ett nytt liv för psykiskt sjuka människor. Stockholm: Natur och Kultur; 2001
2. Ottosson J-O. Psykiatri i Sverige, vägval och vägvisare. Stockholm: Natur och Kultur; 2003
3. Johannisson K. Medicinens öga -sjukdom medicin och samhälle. Värnamo: Nordstedts förlag; 1990
4. Cullberg J. Psykoser – Ett humanistiskt och biologiskt perspektiv. Stockholm: Natur och Kultur; 2000
5. Sveriges riksdag. (2008) Svensk författningssamling Lag 1934:171 URL <http://www.riksdagen.se/Webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1999:332> (Senast tillgänglig den 6 maj 2008)
6. Sveriges riksdag. (2008) Svensk författningssamling SOSFS 1975:580 URL <http://www.riksdagen.se/Webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1999:332> (Senast tillgänglig den 6 maj 2008)
7. Ottosson J-O. Psykiatri. Stockholm: Liber; 2004
8. Sveriges riksdag. (2008) Svensk författningssamling proposition 1993/94:218 URL <http://www.riksdagen.se/Webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1999:332> (Senast tillgänglig den 6 maj 2008)
9. Socialstyrelsen. (2008) Folkhälsorapport 2005. URL <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/7456A448-9F02-43F3-B776-D9CABCB727A9/6169/20051114.pdf> (Senast tillgänglig den 6 maj 2008)
10. Raadu G. Författningshandbok 2005. Stockholm: Liber; 2005 (Hälso och sjukvårdslagen 1982:763)
11. Socialstyrelsen. (2008) Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska SOSFS 2005-105-1 URL <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf> senast tillgänglig den 6 maj 2008
12. Travelbee J. Interpersonal Aspects of Nursing. Philadelphia, F.A. Davis Co. 1971
13. Checklista för kvalitativa och kvantitativa artiklar. Göteborg: Göteborgs Universitet Institutionen för vårdvetenskap och hälsa; 2004
14. Stewart Rogers T, Kashima Y. Nurses' responses to people with schizophrenia. J Adv Nurs 1998; 27: 195-203

15. Hugo M. Mental health professionals' attitudes towards people who have experienced a mental health disorder. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2001; 8: 419-25
16. Markham D. Attitudes towards patients with a diagnosis of "borderline personality disorder": Social rejection and dangerousness. *J Ment Health* 2003; 12,6: 595-612
17. Surgenor L J, Dunn J, Horn J. Nursing student attitudes to psychiatric nursing and psychiatric disorders in New Zealand. *Int J Ment Health Nurs* 2005; 14: 103-8
18. Hellzén O, Asplund K. Nurses' narratives about their residents when caring for people with long – term mental illness in municipal group dwellings. *Int J Ment Health Nurs* 2006; 15: 60–69
19. Sharkey V.B. Perspectives of collaboration/non collaboration in a mental health inpatient setting. *Int J Ment Health Nurs* 2002; 9: 49-55
20. Mostafanejad K. Reducing the isolation of young adults living with a mental illness in rural Australia. *Int J Ment Health Nurs* 2006; 15: 181-88
21. Reed F, Fitzgerald L. The mixed attitudes of nurses' to caring for people with mental illness in a rural general hospital. *Int J Ment Health Nurs* 2005; 14: 249-57
22. Murray J, Banjeree S, Byng R, Tylee A, Bhugra D, Macdonald A. Primary care professionals' perceptions of depression in older people: a qualitative study. *Soc. Sci. Med.* 2006; 63: 1363-73
23. Byrne M K, Deane F P, Coombs T. Nurses' beliefs and knowledge about medications are associated with their difficulties using the patient treatment adherence strategies. *J Ment Health* 2005; 14,5: 513-21
24. Björkman T. Att leva med psykiska funktionshinder - livssituation och effektiva vård- och stödinsatser. (Brunt D, Hansson L. Red.) Lund: Studentlitteratur; 2005

## BILAGA

### ARTIKELPRESENTATION

Översikt av artiklar som ingår i uppsatsen (n=10)

Referens: 14  
Författare: Rogers T S, Kashima Y  
Titel: Nurses' responses to people with schizophrenia.  
Tidskrift: Journal of Advanced Nursing  
Publ. år: 1998  
Land: Australien  
Syfte: Att undersöka om sjuksköterskor kan bortse från stereotypa föreställningar om människor med schizofreni och istället handla i enighet med sina egna värderingar och sin profession.  
Metod: Kvantitativ studie med utgångspunkt från enkäter, uppdelad i tre delar.  
Urval: 91 deltagare, 14 män och 77 kvinnor. 30 deltagare var allmänsjuksköterskor från ett akutsjukhus. 31 deltagare var psykiatrisjuksköterskor och 30 deltagare var universitetsstudenter utan erfarenhet av vård.  
Referenser: 36  
Artikeln var etiskt granskad

---

Referens: 15  
Författare: Hugo M  
Titel: Mental health professionals' attitudes towards people who have experienced a mental health disorder.  
Tidskrift: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing  
Publ. år: 2001  
Land: Australien  
Syfte: Att erhålla information om psykiatrisjuksköterskors attityder mot människor med psykisk sjukdom.  
Metod: Kvantitativ studie med frågor som utgår från "vignetter" (en uppiktad historia som skall illustrera olika patienter), vilka beskrev två patienter, en med schizofreni och en med depression.  
Urval: 266 deltagare, 156 psykiatrisjuksköterskor, 51 läkare, 59 teamarbetare (socialarbetare, arbetsterapeuter, psykologer).  
Referenser: 10  
Artikeln var ej etiskt granskad

---

Referens: 16  
Författare: Markham D



Titel: Attitudes towards patients with a diagnosis of borderline personality disorder: Social rejection and dangerousness.  
 Tidskrift: Journal of Mental Health  
 Publ. år: 2003  
 Land: Storbritannien  
 Syfte: Att undersöka om ”etiketten” BPD påverkade sjukvårdspersonalens varseblivning av stereotypa förväntningar och inverkade på attityderna.  
 Metod: Kvantitativ studie med utgångspunkt i enkäter, uppdelat i tre identiska sektioner med frågor gällande BPD, schizofreni och depression.  
 Urval: 71 deltagare, 50 psykiatrisjuksköterskor, och 21 mentalskötare. Urvalet var taget från anställda vid National Service Health Trust. Alla utom en deltagare hade arbetat med minst en patient med diagnosen BPD och de flesta uppgav att de arbetat med fler än 5 patienter med en BPD diagnos. Alla deltagare hade erfarenhet av att arbeta med patienter med schizofreni och depression.  
 Referenser: 41  
 Artikeln var etiskt granskad

---

Referens: 17  
 Författare: Surgenor L J, Dunn J, Horn J  
 Titel: Nursing student attitude to psychiatric nursing and psychiatric disorders in New Zealand  
 Tidskrift: International Journal of Mental Health Nursing  
 Publ. år: 2005  
 Land: Nya Zeeland  
 Syfte: Att utforska attityder hos sjuksköterskestudenter till psykisk sjukdom och till att arbeta som sjuksköterska inom psykiatri, i början och i slutet av utbildningen och att undersöka om det fanns ett samband mellan attityder, demografisk bakgrund och yrkesinriktning.  
 Metod: Kvantitativ tvärsnittsstudie med utgångspunkt från enkäter.  
 Urval: 164 deltagare tillfrågades. 161 svarade, av dessa exkluderades 21.  
 Referenser: 23  
 Artikeln var etiskt granskad

---

Referens: 18  
 Författare: Hellzén O, Asplund K  
 Titel: Nurses' narratives about their residents when caring for people with long-term mental illness in municipal group dwellings.  
 Tidskrift: International Journal of Mental Health Nursing  
 Publ. år: 2006  
 Land: Sverige  
 Syfte: Att belysa betydelsen av bakomliggande faktorer/attityder som påverkar hur mycket tid sjuksköterskan och patienten ägnar tillsammans.

Metod: Kvalitativ studie med djupintervjuer som analyserades ur ett fenomenologiskt-hermeneutiskt perspektiv.  
Urval: 14 deltagande sjuksköterskor från två olika gruppboenden. Randomiserat urval genom lottdragning. 7 från varje boende.  
Referenser: 25  
Artikeln var etiskt granskad

---

Referens: 19  
Författare: Sharkey V B  
Titel: Perspectives of collaboration/non-collaboration in a mental health inpatient setting.  
Tidskrift: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing  
Publ. år: 2002  
Land: Storbritannien  
Syfte: Att belysa och att få en förståelse för upplevelser/erfarenheter av delaktighet och om samarbete möjliggörs ur ett patientperspektiv.  
Metod: Kvalitativ studie med en hermeneutisk-fenomenologisk inriktning.  
Urval: 1 deltagare. Deltagaren skulle ha varit inlagd patient mer än en gång de senaste tio åren, vårdad av författaren och frisk vid intervjutillfället.  
Referenser: 33  
Artikeln var etiskt granskad

---

Referens: 20  
Författare: Mostafanejad K  
Titel: Reducing the isolation of young adults living with a mental illness in rural Australia.  
Tidskrift: International Journal of Mental Health Nursing  
Publ. år: 2006  
Land: Australien  
Syfte: Att undersöka vad som var viktigast för unga människor med psykisk ohälsa i västra Australien, för att kunna leva ett bra liv och hur allmänhetens uppfattningar/attityder påverkade detta och vad sjuksköterskan kunde göra för att motverka negativ inverkan från allmänheten.  
Metod: Kvalitativ semi-strukturerade bandade intervjuer. Studien baserades på grounded theory.  
Urval: 9 deltagare i åldrarna 18 – 30 år. De rekryterades via annonser i lokala tidningar. Forskarna kontrollerade att alla var friska nog att kunna samtycka.  
Referenser: 44  
Artikeln var etiskt granskad

---

Referens: 21  
Författare: Reed F, Fitzgerald L  
Titel: The mixed attitudes of nurse's to caring for people with mental illness in a rural general hospital.

Tidskrift: International Journal of Mental Health Nursing  
 Publ. år: 2005  
 Land: Australien  
 Syfte: Att undersöka hur sjuksköterskors attityder till människor med psykisk ohälsa påverkade omvårdnaden, vilka problem man associerade till och om utbildning, handledning och erfarenhet hade någon effekt.  
 Metod: Kvalitativ semi-strukturerade bandade intervjuer, vilka analyserades utifrån en metod av Sandelowski.  
 Urval: 10 deltagare valda genom ett stratifierat, randomiserat urval. Sjuksköterskor utan direktkontakt med psykiatripatienter och sjuksköterskor med psykiatri som specialitet blev bortvalda.  
 Referenser: 38  
 Artikeln var etiskt granskad

---

Referens: 22  
 Författare: Murray J, Banerjee S, Byng R, Tylee A, Bughra D, Macdonald  
 Titel: Primary care professionals' perceptions of depression in older people: a qualitative study  
 Tidskrift: Social Science & Medicine  
 Publ. år: 2006  
 Land: Storbritannien  
 Syfte: Att undersöka sjuksköterskors uppfattningsförmåga för depression hos äldre.  
 Metod: Kvalitativ studie med individuella djupintervjuer. Studien baserades på grounded theory.  
 Uval: 30 deltagare, 18 läkare, 7 sjuksköterskor, och 5 kuratorer. Åldrarna varierade från 31 – 64 år.  
 Referenser: 41  
 Artikeln var ej etiskt granskad

---

Referens: 23  
 Författare: Byrne M, Dean F, Coombs T  
 Titel: Nurse's beliefs and knowledge about medications are associated with their difficulties using patient treatment adherence strategies.  
 Tidskrift: Journal of Mental Health  
 Publ. år: 2005  
 Land: Australien  
 Syfte: Att undersöka sjuksköterskors kunskap och tilltro till medicinering som behandling vid psykisk sjukdom, för att kunna identifiera behovet av ytterligare utbildning för sjuksköterskor.  
 Metod: Kvantitativ studie med utgångspunkt i tre olika skattningsskalor, gällande tilltro till medicinering, kunskap om medicinering och svårigheter att implementera följsamhetsstrategier.  
 Urval: 64 deltagare, icke- slumpmässigt urval (convenience sample). 48 arbetade klinikst och 16 var verksamhets- eller avdelningschefer.  
 Referenser: 26  
 Artikeln var ej etiskt granskad

---